

PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: Percepção dos Relatores¹

****Rebeca Teles da Costa**

*****Dr. Edgar Reyes Junior (Orientador)**

RESUMO

A democracia brasileira constantemente apresenta inovações institucionais que possibilitam a participação da sociedade nas decisões em políticas públicas. Neste campo, destacam-se as conferências de políticas públicas. Este trabalho teve como objetivo descrever a participação social na 15ª Conferência Nacional de Saúde (15ª CNS), através da percepção da equipe de relatoria. Foram aplicados 100 questionários aos relatores que participaram da 15ª CNS e os dados analisados com o auxílio do software SPSS. Verificou-se que quanto mais locais são as etapas, mais importância deve-se dar a organização e a forma com que os temas são discutidos, pois além de ser nos Municípios onde ocorre a implementação das políticas de saúde, também é nos Municípios que está a centralidade da conferência, ou seja, o alcance dos objetivos das etapas estaduais e da nacional depende da efetividade da etapa municipal. Sugere-se para pesquisas futuras, que sejam analisadas as implementações de políticas de saúde. É importante também, que a participação popular seja investigada sob a ótica da efetividade e não apenas da quantidade de pessoas.

Palavras-chave: Participação Social. Conferências. Políticas de Saúde. Plano Nacional de Saúde.

1. INTRODUÇÃO

A democracia brasileira constantemente apresenta inovações institucionais que possibilitam a participação da sociedade nas decisões em políticas públicas. Neste campo, destacam-se as conferências de políticas públicas. Instituídas na década de 1930, ainda são consideradas uma inovação na participação social no Brasil devido à sua dinâmica participativa em nível nacional. De acordo com IPEA (2013), até o ano de 2012, ocorreram no Brasil 128 conferências, sendo 67% delas nos últimos dez anos.

As conferências de saúde foram instituídas pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, que previa a sua realização a cada dois anos. Contudo, a primeira conferência foi convocada

¹ Artigo apresentado para conclusão do curso de pós-graduação em Gestão Pública na Saúde, da Universidade de Brasília.

^{**} Graduada em Administração, pela Universidade de Brasília. Servidora do Ministério da Saúde. Endereço eletrônico: rebecatelescota@gmail.com

^{***} Professor adjunto da Universidade de Brasília. Doutor em Administração pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Endereço eletrônico: prof.edreyes@gmail.com

apenas em janeiro de 1941. Desde então, foram realizadas 15 conferências nacionais de saúde. A 8ª Conferência Nacional, em 1986, foi um marco na história das conferências, ao ampliar os atores envolvidos no processo de reorganização do sistema de saúde.

Segundo Brasil (2009), houve um amplo processo de mobilização social de diferentes segmentos, estimulando a realização de pré-conferências. Assim, a 8ª conferência reuniu cerca de quatro mil pessoas em Brasília, sendo mil delegados com direito a voz e voto.

A grande conquista dessa conferência foi a aprovação de propostas incluídas, posteriormente, na Constituição Federal de 1988 e que levaram à criação da Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8080/90 e nº 8142/90). A Lei nº 8.142, de 28 de novembro de 1990, incluiu a participação social na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), através da criação dos conselhos de saúde em cada esfera de governo e da realização de conferências com periodicidade de quatro anos.

O acompanhamento, fiscalização e participação na gestão pública em saúde pela sociedade civil são importantíssimos, pois pela primeira vez na história do país reuniram-se experiências exitosas na área do controle social através de iniciativas relevantes que antes estavam isoladas e hoje são desenvolvidas por diversos atores (ROLIM, L. B.; CRUZ, R.; SAMPAIO, K. J., 2013).

A cada nova Conferência Nacional de Saúde tem-se observado um aumento importante na quantidade de pessoas que participam desse processo de definição de políticas de saúde. Segundo dados da 15ª Conferência Nacional de Saúde, ocorreram 4.706 conferências (municipais e estaduais), representando 84,49% do total de conferências esperadas. Apesar de se firmarem nos últimos anos como a principal política participativa do governo federal. É necessário investigar de que forma se dá a participação social nesses espaços.

A equipe de relatoria tem como principal atribuição a sistematização dos relatórios finais das etapas da conferência. Os relatores acompanham todo o processo de discussões e deliberações da conferência. Por esse motivo, foram escolhidos para a pesquisa, pela possibilidade de participarem de todos os momentos da conferência.

Desse modo, este trabalho se restringiu à avaliação da participação social na 15ª Conferência Nacional de Saúde (15ª CNS), através da percepção da equipe de relatoria.

A escolha pela caracterização da 15ª CNS justifica-se pelo fato dela estar inserida em um espaço de disputas sobre o processo de formulação de políticas públicas e a análise desses processos poder trazer informações úteis para a discussão de seu potencial inclusivo e sua efetividade (IPEA, 2013).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Participação social

Segundo Souza (2006), considera-se política pública a ação do governo, a análise dessa ação e, quando necessário, a proposição de mudanças no curso dessas ações. No mesmo sentido, a formulação de políticas públicas é o estágio em que os governos transformam seus propósitos em planos, programas e projetos. Os anos 1990 corresponderam à institucionalização da consulta da população em geral no processo de formulação de projetos de desenvolvimento e de políticas públicas.

Existem muitos desafios para a ampliação da participação e do controle social na formulação e implementação das políticas públicas. Silva (2009) elenca alguns passos para alcançar essa ampliação através das conferências, como: a institucionalização formal das conferências nos três níveis de governo; a criação de mecanismos de financiamento para sua realização periódica; e o fortalecimento dos mecanismos de acompanhamento coletivo da implementação das deliberações produzidas nos espaços de negociação.

Para Peters (1995), essas alterações incentivam a formulação das políticas de baixo para cima, ao contrário do histórico processo decisório de desenho de políticas de cima para baixo. Na democracia participativa, o cidadão transfere poderes aos seus representantes, definindo uma carga de participação da sociedade nas decisões sobre as políticas públicas. Desse modo, o controle social não tem como objetivo apenas implantar mecanismos que reduzam, eliminem ou previnam desperdícios e desvios na utilização dos recursos públicos, mas também assegurar que os gestores públicos se comprometam com a excelência na concepção e implementação das políticas de saúde. O controle social tem, portanto, o sentido de vigilância e responsabilização e o sentido de efetividade e compromisso com a coisa pública (ROLIM, L. B.; CRUZ, R.; SAMPAIO, K. J., 2013).

Em relação aos mecanismos de controle social na saúde (conselhos e conferências), Bravo e Correia (2012) levantam algumas considerações sobre esses espaços. Em primeiro lugar, esses espaços devem ser deixados pelos movimentos sociais. Em segundo, os conselhos são considerados como os únicos espaços de luta para a conquista de mais poder dentro do Estado e por último, esses espaços devem ser ocupados pelos movimentos sociais, apesar dos limites políticos presentes.

Na mesma linha, Rolim, Cruz e Sampaio (2013) diz que apesar da institucionalização de instâncias deliberativas na organização e funcionamento das políticas públicas, como os Conselhos e Conferências de Saúde, a participação social não está plenamente efetivada, pois há um déficit de informações e existem interesses múltiplos para que a população não tenha conhecimento dos direitos que possui.

Dentre as principais vantagens de adotar mecanismos de controle social estão: o fortalecimento do espaço público, que estimula o envolvimento cívico de grupos organizados da sociedade; a mobilização permanente das ações das autoridades governamentais; e, aumento na legitimidade e confiança nas instituições do Estado, já que os próprios cidadãos são chamados a participar dos processos decisórios (IPEA, 2010).

Para potencializar os efeitos que o controle social pode exercer sobre a administração pública, devem-se redesenhar as instituições para que permitam e estimulem a participação social, evitando a exclusão de grupos com dificuldades de participar (IPEA, 2010).

2.2. Conferências de saúde

De acordo com Brasil (2009), atualmente, os conselhos e conferências de saúde são os principais espaços de exercício do controle social sobre a implementação das políticas de saúde em todas as esferas governamentais. Baseadas no princípio da participação social no SUS, as conferências nacionais de saúde constituem espaços públicos de deliberação coletiva sobre as diretrizes que devem nortear as ações do SUS.

Para Guizardi et al. (2004), saber como a participação tem-se afirmado nessas instâncias e quais sentidos têm emergido desse processo social é fundamental para que se compreenda tanto sua presença já concreta, como sua capacidade de intervir no SUS.

Os autores realizaram um estudo de análise dos relatórios de algumas conferências nacionais de saúde e a trajetória dos argumentos relativos ao princípio da participação social na saúde. Observou-se que os temas relativos à participação apresentaram configurações bem delimitadas, porém marcadas por importantes deslocamentos de sentidos.

Bravo e Correia (2009) explicam que os conselhos e conferências não são instâncias imunes aos conflitos de interesses, cooptação e disputas políticas. Em estudo de caso realizado por Tofani e Carpintero (2012), sobre a 3ª Conferência Municipal de Saúde de Várzea Paulista, a ampliação da participação social representou a reforma do estado,

garantindo a articulação entre a democracia direta e a representativa. Para isso, foram utilizados processos inovadores durante sua organização e realização.

Primeiro foi a realização de duas etapas anteriores à conferência municipal, as plenárias locais e as pré-conferências regionais. Em seguida, destacou-se a atividade de “priorização das propostas” nas pré-conferências regionais, ou seja, limitação do número de propostas por eixo a serem encaminhadas da região para a 3ª Conferência Municipal, a partir do condensado das plenárias locais. Também como inovação foi instituída a I Mostra de Experiências do SUS Várzea Paulista, onde eram apresentadas, através de exposição de pôsteres, experiências realizadas nas áreas de assistência à saúde, gestão em saúde ou saúde coletiva.

Para os autores, essa forma de organização da Conferência proporcionou uma ampla discussão, abrangendo vários setores da sociedade e ampliou a mobilização social em sua realização. A metodologia de realização da Conferência teve capacidade de fortalecer a participação na definição de propostas compatíveis com a realidade local. Além disso, o processo de “priorização coletiva” qualificou o debate, garantindo um projeto viável, a partir de um Relatório Final mais objetivo.

No mesmo sentido, Loiola (2014) realizou um estudo comparativo das Conferências Nacionais e elencou as mudanças que devem ocorrer para que a 15ª CNS seja inovadora. Para o autor o método das conferências nacionais de saúde está ultrapassado, sendo necessário inovar nas diversas etapas da conferência.

O autor sugere que ocorram pré-conferências antes das conferências municipais, como forma de preparar e discutir os temas de forma individualizada. Além disso, o relatório final da conferência deve ser consolidado em, no máximo, seis meses, diferente dos 10 meses geralmente, para que as deliberações de fato subsidiem os planejamentos integrados. Nesse sentido, deve-se estruturar a comissão de relatoria de forma que esse tempo seja otimizado, bem como qualificar os relatores através de programas de capacitação. Por fim, o autor enfatiza a necessidade da criação de uma comissão de monitoramento permanente após a conferência, atuando como mecanismo de monitoramento, controle e avaliação com ampla participação social.

Avritzer (2010) fez uma análise dos elementos das conferências nacionais sob três critérios: a preparação das conferências em unidades da Federação, o caráter deliberativo ou consultivo da conferência e a existência e o número de resoluções. O autor percebeu que existem níveis diferenciados de participação social no Brasil. Apesar de estar bastante

consolidada no nível local de governo, no nível federal não é possível aferir impactos nas políticas públicas como localmente.

IPEA (2013), elencou um conjunto de variáveis que servem para mapear as principais características do desenho institucional das conferências nacionais. São elas: as informações básicas que identificam as conferências; como são organizadas; quais são as normas para deliberação; quais as possibilidades de participação e inclusão de diferentes grupos; e alguns resultados imediatos destes processos.

No que se refere aos eixos temáticos, IPEA (2013) definiu cinco categorias para identificar os principais objetivos de uma conferência. A primeira categoria refere-se ao diagnóstico, compreendendo os eixos cujo objetivo é fazer um diagnóstico da conjuntura do país, em todos os aspectos relacionados à política em questão.

A segunda compreende a avaliação e monitoramento das ações governamentais, do orçamento público ou dos resultados da conferência. A categoria da gestão compreende os eixos que buscam discutir a gestão e regulação da política, bem como a articulação com outros programas governamentais.

Por último, os temas setoriais e intersetoriais. Os primeiros abrangem eixos com temas específicos, focando principalmente ações e diretrizes dentro desses temas, já os temas intersetoriais conectam mais de uma área de política pública.

Para, as conferências de políticas públicas são um sistema integrado de participação e deliberação, que deve buscar compreender como os atores sociais participam, discutem e deliberam em um contexto específico, mas com o objetivo final de produzir uma agenda pública que sensibilize o poder público em relação as suas necessidades (FARIA, C. F; SILVA, V. P.; LINS, I. L., 2012).

3. METODOLOGIA

A pesquisa realizada teve como objetivo descrever o processo de participação social na 15ª CNS na percepção da equipe de relatoria. Para isso, foi feito um levantamento do tipo Survey, que segundo Gil (2008), são colhidas informações de um grupo significativo de pessoas acerca do objeto estudado para, em seguida, mediante análise quantitativa, obter as relações entre as variáveis estudadas. Foram aplicados 100 questionários aos relatores que participaram da 15ª CNS sendo que 64 foram respondidos.

A equipe de relatoria é composta por um representante de cada Secretaria Estadual de Saúde, pela comissão de doze membros, criada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), e por convidados escolhidos por essa comissão. Tem como atribuições: o encaminhamento, em tempo hábil, dos relatórios das Conferências Estaduais e do Distrito Federal à Comissão Organizadora da 15ª Conferência Nacional de Saúde; a orientação do processo de trabalho dos relatores das Plenárias e dos Grupos de Trabalho; a consolidação dos Relatórios da etapa Estadual e do Distrito Federal e prepará-los para distribuição aos delegados da etapa nacional; a sistematização da produção dos Grupos de Trabalho, e; a estruturação do Relatório Final da 15ª CNS a ser apresentado ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde.

Nesse sentido, a equipe de relatoria foi escolhida por estar envolvida diretamente com a produção dos relatórios finais da conferência, fazendo a sistematização das propostas que serão encaminhadas aos Planos de Saúde.

Foram elaboradas questões do tipo *Likert*, em que os respondentes especificavam seus níveis de concordância com as afirmações. A escala utilizada foi de 1 a 7, onde 1 significava a discordância total com a afirmação e 7 a concordância total.

Além disso, o questionário foi dividido em cinco partes, a primeira com perguntas que caracterizavam os respondentes; a segunda com afirmações acerca da etapa municipal; a terceira da etapa estadual; a quarta da etapa nacional; e por fim, uma questão sobre a opinião de qual foi o eixo temático mais debatido durante a Conferência.

Em seguida, foi realizada a análise dos dados com o auxílio do *software* SPSS.

3.1. 15ª Conferência Nacional de Saúde

A 15ª CNS foi convocada pela Presidenta Dilma Rouseff através do Decreto Presidencial nº 243, de 15 de dezembro de 2014. A sua organização foi definida em seu Regimento Interno (Resolução nº 500 de 12 de fevereiro de 2015), elaborado e aprovado pelo CNS.

O tema da Conferência está definido no Capítulo II do Regimento, sendo desdobrado em oito eixos temáticos que nortearam os debates de todas as etapas. A realização da Conferência foi dividida em etapas e fase de mobilização. As etapas referiram-se às conferências municipais, estaduais e do Distrito Federal, a etapa nacional e a etapa de monitoramento (a partir de 2016). Nessas etapas foram eleitos os delegados e as delegadas que possuíam direito de voz e voto na escolha das propostas levantadas em cada esfera.

Já a fase de mobilização não teve caráter deliberativo e antecedeu as etapas anteriores. Nela estava incluída a realização de Plenárias Populares Regionais, a 19ª Plenária Nacional de Conselhos e Movimentos de Saúde e as Conferências livres.

A etapa municipal teve como objetivo analisar as prioridades locais de saúde, formular propostas no âmbito dos Municípios, dos Estados e da União, e elaborar Relatório Final.

O Relatório Final da Etapa Municipal foi de responsabilidade dos Conselhos Municipais de Saúde e foram enviados à Comissão Organizadora da etapa estadual e do Distrito Federal.

Da mesma forma, a etapa estadual e do Distrito Federal teve como objetivo analisar as propostas e prioridades de âmbito estadual e nacional provenientes das Conferências Municipais; formular diretrizes para a saúde nas esferas Estadual, do Distrito Federal e Nacional; e elaborar Relatório final da etapa estadual e do Distrito Federal.

Por sua vez, a etapa nacional teve como objetivos principais analisar e votar o Relatório Nacional Consolidado, elaborado pela comissão de relatoria, com base nos Relatórios das Conferências Estaduais e do Distrito Federal.

O relatório aprovado na Plenária Final da 15ª CNS será encaminhado ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde e servirá de base para a etapa de monitoramento.

A definição dos participantes, segundo o Regimento Interno da 15ª CNS buscou atender alguns critérios de equidade, como: gênero, identidade de gênero e diversidade sexual; étnico-raciais; representatividade rural e urbana; geracional; e pessoas com deficiência e com necessidades especiais, patologias e doenças raras ou negligenciadas.

A composição dos delegados teve que promover o mínimo de 50% de mulheres no conjunto total de cada delegação.

Os participantes da etapa nacional foram distribuídos em três categorias: delegados, com direito a voz e voto; convidados, com direito a voz; participante, por credenciamento livre, com direito a voz nas mesas de debate.

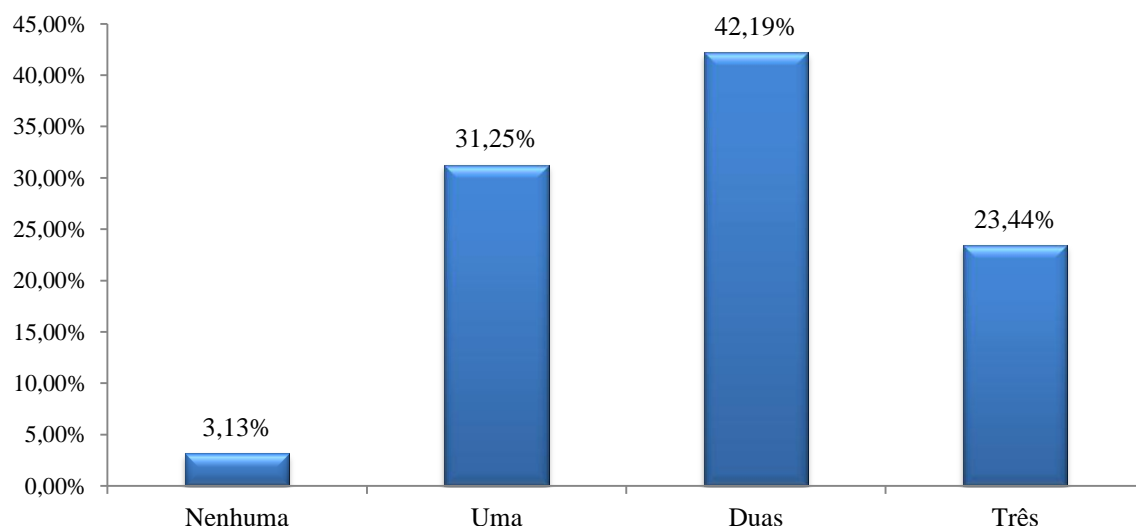
Os delegados foram eleitos nas etapas estadual e do Distrito Federal, e pelo Conselho Nacional de Saúde.

4. RESULTADOS

4.1. Características dos respondentes

A figura 01 apresenta a porcentagem de participação dos relatores nas etapas da 15ª CNS. Os dados apontam que: 23,44% participaram das três etapas; 42,19% participaram de duas etapas; 31,25% participaram de uma etapa e 3,13% de nenhuma etapa.

Figura 1 – Participação nas etapas da 15ª Conferência Nacional de Saúde



Em relação ao segmento que fazem parte, 30,2% são do segmento de usuários; 38,1% são do segmento de profissionais de saúde; 3,2% são prestadores de serviços; 19% são gestores e 9,5% de outros segmentos. Esses dados mostram que os resultados da pesquisa incluiu a percepção de diversos atores dentro da equipe de relatoria, principalmente de profissionais de saúde.

4.2. Etapas Municipais e Estaduais

As análises das correlações (tabela 01) indicam que, ao analisar a variável *participação de diversos grupos*, percebe-se relação positiva entre esta e a organização da etapa municipal e estadual, exclusivamente, por outras entidades que não o Conselho Municipal ou Estadual de Saúde ou a Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde.

De acordo com o Regimento da 15ª CNS, a responsabilidade pela realização de cada etapa é de competência da respectiva esfera de governo e de seus respectivos Conselhos de Saúde, com apoio solidário de movimentos, entidades e instituições.

É importante destacar que a atuação de um conselho em uma conferência pode se dar a partir de formas menos vinculantes que a responsabilização pelo processo, por exemplo, apenas com a participação nas etapas da conferência (IPEA, 2013).

O envolvimento de diferentes instituições na organização das conferências, pode facilitar a articulação entre políticas. Representando o compartilhamento de saber e de poder, de estruturação de novas linguagens, de novas práticas e de novos conceitos (COMERLATTO, et al., 2007)

Um estudo realizado por IPEA (2013), acerca da ampliação da participação na Gestão Pública através das conferências nacionais realizadas entre 2003 e 2011, aponta que em 54% das conferências de políticas sociais, o conselho não foi responsável nem corresponsável pela organização. O estudo mostra que nas conferências de saúde, nesse período, foram organizadas, principalmente, pelo Ministério da Saúde.

Assim, na percepção dos relatores, a participação de diversos grupos pode variar em maior ou menor grau dependendo do responsável pela organização da conferência.

Tabela 1 - Influência da organização das etapas municipais e estaduais na participação de diversos grupos

Variáveis	Organização por outra entidade na municipal	Organização por outra entidade na estadual
Participação de diversos grupos	0,601	0,680

Na etapa Municipal, a análise da variável *todos os eixos discutidos* (tabela 02), mostra uma correlação negativa entre essa variável e a percepção de que o Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi o único organizador da etapa.

Desse modo, quanto mais se percebe que o Conselho Municipal de Saúde foi o organizador da etapa, menor é a percepção de que todos os eixos foram discutidos.

Por outro lado, quando se percebe que a etapa municipal foi organizada, exclusivamente, por outra entidade, maior é a percepção de que todos os eixos foram discutidos.

Cada conferência municipal e estadual tem a liberdade de decidir como será sua organização e funcionamento. O papel do CNS é orientar a discussão dos eixos temáticos, bem como definir o processo de escolha dos delegados.

Assim, dependendo de como as conferências foram organizadas, a discussão de todos os eixos pode ou não acontecer.

Ressalta-se que na 15ª CNS o documento orientador foi divulgado tardiamente (15 de maio de 2015), quando muitos Municípios já haviam realizados suas conferências (as etapas foram realizadas entre 09 de abril e 15 de julho), sendo um fator limitador para a discussão de todos os eixos temáticos.

Tabela 2 – Influência da organização da etapa municipal no debate de todos os eixos temáticos da Conferência

Variáveis	Organização pelo CMS	Organização por outra entidade na municipal
Todos os eixos discutidos na municipal	-0,417	0,430

Cabe destacar, ao analisar a etapa municipal, que há uma correlação negativa entre a variável *relatório final municipal com propostas dos usuários* e a variável *Organização pelo CMS* (tabela 03).

Nesse sentido, quanto maior a percepção de que o CMS está na organização, menor é a percepção de que as propostas oriundas do segmento dos usuários são consideradas no relatório final.

Contrariamente, a correlação é positiva entre a percepção sobre as propostas oriundas dos trabalhadores e usuários serem consideradas no relatório final municipal e a Secretaria de Saúde Municipal (SSM) na organização.

Para Martins (2013), muitos conselhos são mera formalidade para viabilizar o recebimento de recursos e, apesar da quantidade de Conselhos de Saúde, não se propiciou uma participação efetiva dos diversos segmentos sociais.

Desse modo, deve-se refletir sobre a estruturação dos Conselhos, principalmente no âmbito local, com a finalidade de considerar os interesses de todos os segmentos que participam dos processos deliberativos.

Em todas as etapas da Conferência foi obrigatória a observância dos critérios de paridade, onde 50% dos delegados deveriam ser do segmento de usuários, 25% do segmento de trabalhadores e 25% entre gestores e prestadores de serviços.

Isso levanta o debate sobre o que é a participação social. Observando pela ótica quantitativa, a Conferência foi inclusiva, mas pela ótica qualitativa, onde aqueles que têm direito a voto conseguem ver seus interesses representados, é necessário repensar a forma de organização desses espaços.

Tabela 3 - Organização da etapa municipal

Variáveis	Relatório final municipal com propostas dos usuários	Relatório final municipal com propostas dos trabalhadores
Organização pelo CMS	-0,390	-
Organização pela SSM	0,457	0,488

A tabela 04 apresenta as correlações das variáveis *Plano Municipal de Saúde (PMS)* considerar as propostas da etapa municipal e *PMS incluir as propostas da etapa municipal*.

Os resultados apontam que, na percepção dos relatores, para que na elaboração do Plano Municipal de Saúde se considere as propostas da etapa municipal, é necessário que o relatório final municipal contenha todos os eixos e as propostas de todos os segmentos, com maior peso as propostas dos gestores e prestadores de serviços.

No sentido do Plano Municipal de Saúde incluir as propostas da etapa municipal, pode-se perceber que, na percepção dos relatores, é necessário que o relatório final contenha apenas as propostas dos trabalhadores e gestores/prestadores.

Percebe-se que não houve correlação entre a inclusão no PMS e o relatório final municipal considerar as propostas dos usuários. Assim, cabe analisar o peso que cada segmento tem na formulação das políticas públicas de saúde, se as propostas de determinados segmentos são mais importantes que as propostas de outros e qual a influência disso na formulação das políticas públicas de saúde.

Para Wendhausen (2002), em pesquisa realizada sobre a participação no Conselho de Saúde de Santa Catarina, a relação assimétrica entre os segmentos é um dos aspectos que revela o uso de uma estratégia de “silenciamento”, principalmente pelo segmento governamental. Para o autor, as reuniões, a discussão, a votação, as atas, a presença das pessoas, a existência de um conselho, tudo isso comprova que temos a "participação popular", porém, ao analisá-la de perto, constata-se um grande silêncio em torno da "participação".

Cabe ressaltar que quanto maior a percepção de que o PMS considerará as propostas da etapa municipal, maior a percepção de que elas também serão incluídas no PMS.

Tabela 4 - Elementos para que o Plano Municipal de Saúde possa considerar e incluir propostas da etapa municipal

Variáveis	Relatório final municipal com todos os eixos	Relatório final municipal com propostas dos usuários	Relatório final municipal com propostas dos trabalhadores	Relatório final municipal com propostas dos gestores/prestadores	PMS incluir
PMS considerar	0,475	0,497	0,549	0,711	0,943
PMS incluir	-	-	0,417	0,565	-

Na etapa estadual, diferentemente da municipal, tanto para que o Plano Estadual de Saúde (PES) considere e inclua as propostas da etapa estadual, é necessário que o relatório final abranja todos os eixos e as propostas de todos os segmentos, nesse caso o peso maior está nas propostas elaboradas pelos trabalhadores (tabela 05).

Tabela 5 – Elementos para que o Plano Estadual de Saúde possa considerar e incluir propostas da etapa estadual

Variáveis	Relatório final estadual com todos os eixos	Relatório final estadual com propostas dos usuários	Relatório final estadual com propostas dos trabalhadores	Relatório final estadual com propostas dos gestores/prestadores	Relatório final estadual com propostas originais dos municípios	PES incluir
PES considerar	0,494	0,659	0,699	0,585	0,758	0,968
PES incluir	0,509	0,586	0,617	0,499	0,645	-

Além disso, o relatório final estadual deve conter propostas originais oriundas da etapa municipal.

Para isso, a etapa estadual contar com a participação de diversos grupos, de todos os segmentos e deve estabelecer um limite de propostas no relatório final (tabela 06).

Tabela 6 – Elementos para que o relatório final estadual contenha as propostas originais oriundas dos municípios

Variáveis	Participação de diversos grupos na estadual	Participação de todos os segmentos na estadual	Limite de propostas no relatório final estadual
Relatório final estadual com propostas originais dos municípios	0,843	0,637	0,368

4.3.Etapa Nacional

Segundo dados da Comissão Organizadora da 15ª CNS, cerca de um milhão de pessoas participaram da Conferência, entre participantes de todas as etapas: municipal, estadual, nacional, plenárias e conferências livres.

Durante a etapa nacional participaram 4609 pessoas, dessas: 70% eram delegados, 75% desses delegados eram não governamentais, 25% eram governamentais e 4% eram natos; 21% foram convidadas; e 2% foram participantes livres.

A tabela 07 mostra que existem relações positivas entre o relatório final nacional conter as propostas de todos os segmentos e as propostas originais dos Municípios e dos Estados, e os PMSs e PESs considerarem e incluírem as propostas aprovadas nas respectivas etapas.

Ou seja, quanto mais as etapas municipais e estaduais conseguirem ter suas propostas incluídas nos seus respectivos planos, maior é a chance de, na etapa nacional, o relatório final

abranjer as propostas oriundas de todos os segmentos e as propostas originais dos Municípios e dos Estados.

Tabela 7 – Estrutura do relatório final nacional

Variáveis	PMS considerar	PMS incluir	PES considerar	PES incluir
Relatório final nacional com propostas dos usuários	0,572	0,471	0,548	0,527
Relatório final nacional com propostas dos trabalhadores	0,575	0,486	0,595	0,567
Relatório final nacional com propostas dos gestores/ prestadores	0,619	0,537	0,586	0,549
Relatório final nacional com propostas originais dos municípios	0,405	0,411	0,443	0,430
Relatório final nacional com propostas originais dos estados	0,404	0,428	0,433	0,359

Com relação às propostas nacionais serem consideradas no Plano Nacional de Saúde (PNS), as correlações são positivas com a consideração e inclusão das propostas municipais e estaduais em seus respectivos Planos (tabela 08).

Nesse sentido, quanto mais os relatores percebem que o PMS e PES irão considerar e incluir as propostas, mais eles também percebem que o PNS irá considerar.

Destaca-se a inexistência de correlações com a variável de percepção que o PNS incluirá propostas da etapa nacional.

Tabela 8 – Relação entre os Planos locais e a consideração das propostas da etapa nacional no Plano Nacional de Saúde

Variáveis	PMS considerar	PMS incluir	PES considerar	PES incluir
PNS considerar	0,750	0,709	0,572	0,568

Da mesma forma, para que o PNS possa considerar as propostas nacionais, o relatório final deve conter todos os eixos da Conferência, propostas de todos os segmentos e propostas originais dos Municípios e Estados (tabela 09).

Percebe-se que é necessário que todas as etapas anteriores à nacional consigam incluir suas propostas nos planos locais, bem como consigam levar suas propostas à etapa nacional. Ou seja, todas as etapas devem estar integradas desde o começo.

O nível municipal é imprescindível para que todo o processo funcione. Contudo, o Regimento diz que mesmo que não sejam realizadas as etapas municipais e estaduais em sua integralidade, a etapa nacional deve acontecer. Quando isso ocorre, o processo se torna incompleto, já que as políticas públicas de saúde acontecem em nível local.

De acordo com Faria e Lins (2013), nas conferências locais, distritais e municipais, os atores tem mais liberdade para construir suas propostas, enquanto que nas etapas estadual e nacional as regras prescritas vão limitando as propostas oriundas das etapas anteriores.

Nota-se também a importância da discussão de todos os eixos na Conferência e a inclusão de propostas de todos os segmentos.

“Pouco ainda se sabe acerca da efetividade destas instâncias enquanto espaços de influência das decisões tomadas pelo governo após os encontros. Desse modo, pode-se afirmar que os resultados das conferências não apenas estão sujeitos a constrangimentos técnicos e burocráticos que caracterizam o ciclo de elaboração, planejamento e gestão de políticas públicas do governo federal, mas também se sujeitam a aspectos contextuais, institucionais e políticos, que, combinados, podem tanto facilitar como dificultar o processo de incorporação destes resultados pelo governo (PETINELLI,2013).”

Tabela 9 – Elementos para consideração das propostas da etapa nacional no Plano Nacional de Saúde

Variáveis	Relatório final nacional com todos os eixos	Relatório final nacional com propostas dos usuários	Relatório final nacional com propostas dos trabalhadores	Relatório final nacional com propostas dos gestores/prestadores	Relatório final nacional com propostas originais dos municípios	Relatório final nacional com propostas originais dos estados
PNS considerar	0,395	0,586	0,550	0,562	0,473	0,446

Utilizando as categorias de análise, elaboradas por IPEA (2013), dos temas debatidos em conferências, chegou-se ao seguinte resultado em relação aos oito eixos temáticos da 15ª CNS:

- Avaliação e monitoramento:
 - Financiamento do SUS e relação público-privado
- Gestão:
 - Participação e controle social;
 - Valorização do trabalho e da educação em saúde;
 - Gestão do SUS e modelos de atenção à saúde;
 - Informação, educação e política de comunicação do SUS.
- Temas setoriais:
 - Direito à saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade;
 - Ciência, tecnologia e inovação no SUS;

- Valorização do trabalho e da educação em saúde;
- Informação, educação e política de comunicação do SUS.
- Temas intersetoriais:
 - Reformas democráticas e populares do Estado;
 - Direito à saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade.

Observa-se que um mesmo eixo temático foi classificado em mais de uma categoria devido a sua abrangência de debate.

Na percepção dos relatores, o eixo temático mais debatido durante a 15ª CNS foi o direito à saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade. Esse resultado mostra que a prioridade do debate, atualmente, tem sido a ampliação da oferta de serviços, da qualificação e acesso, aprimoramento das redes de atenção, etc.

4.4. Influência da Relatoria

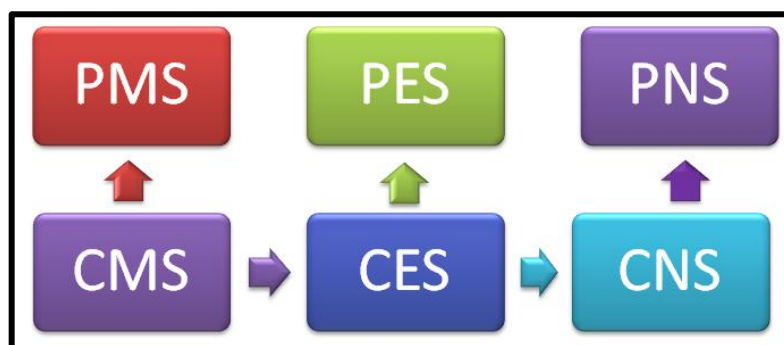
Durante todas as etapas da Conferência, a relatoria exerce o papel estratégico de sistematizar e consolidar as propostas que são discutidas e aprovadas.

Nesse sentido, os relatores podem ou não influenciar no que será enviado tanto para o Plano local e nacional, quanto para o que será objeto de discussão na etapa seguinte.

A figura 02 mostra os momentos em que a equipe de relatoria deve sistematizar e consolidar os relatórios finais.

Na etapa municipal, o relatório final é enviado para a etapa estadual (CES) e também para servir de apoio aos Planos Municipais de Saúde (PMSs). Na etapa estadual o relatório de todos os Estados são consolidados e enviados para etapa nacional (CNS) e cada relatório estadual serve como base para o Plano Estadual de Saúde (PES) respectivo. Por fim, na etapa nacional, o relatório é consolidado para nortear o Plano Nacional de Saúde (PNS).

Figura 2 – Fluxo de atividade da relatoria

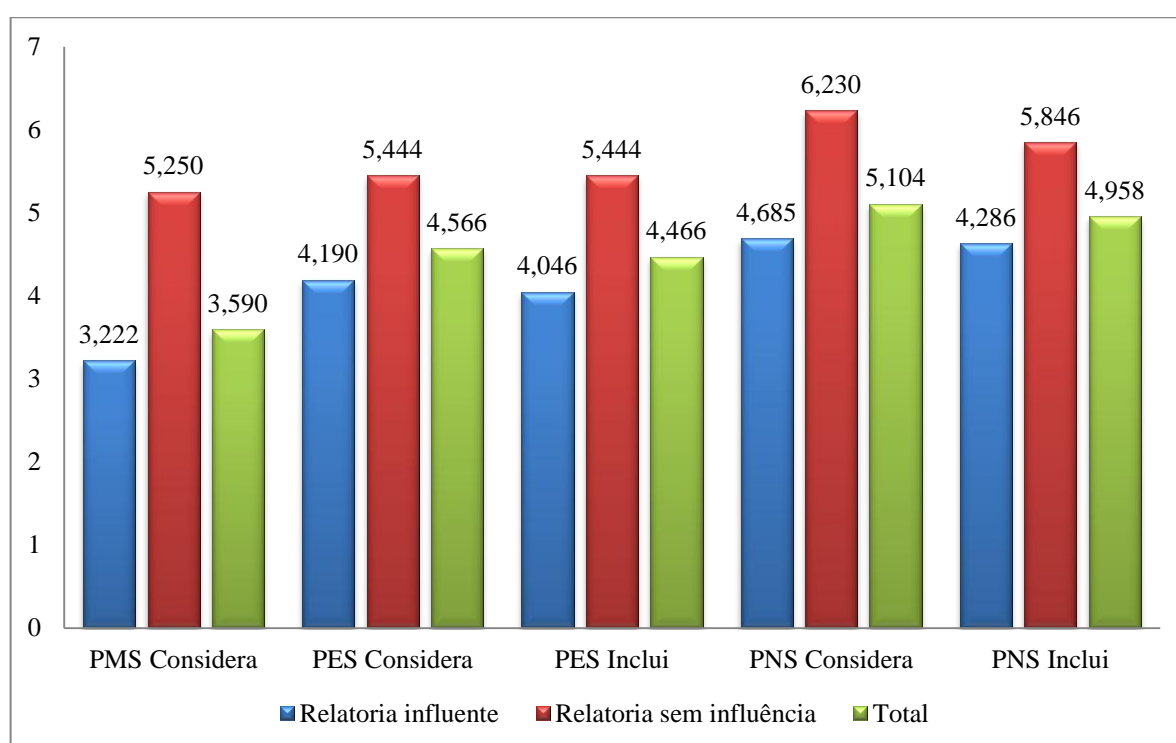


Fonte: elaborado pela autora

Desse modo, através da análise de *cluster*, pôde-se verificar pelas médias (figura 03) que os relatores que têm influência acreditam menos dos que se consideram sem influência que o PMS, PES e PNS considerarão as propostas municipais, estaduais e nacionais, respectivamente. Bem como, que o PES e PNS irão incluir suas respectivas propostas aprovadas.

Ou seja, aqueles que acreditam que têm alguma influência nas etapas da conferência, acreditam em menor grau que os Planos incluem ou apenas consideram as propostas.

Figura 3 – Influência da relatoria



De forma geral, os relatores concordam que o PES e PNS consideram e incluem as propostas, e discordam que o PMS considera.

Apesar de relevante importância, conforme os resultados indicam as etapas municipais ainda são desacreditadas em relação sua efetividade. A partir das etapas estaduais é que se começa a acreditar mais no processo conferencista como estratégia de formulação de políticas públicas de saúde.

5. Conclusão

As Conferências de Saúde são espaços de participação dos segmentos que representam a sociedade civil (usuários, trabalhadores de saúde, gestores e prestadores de serviços) e que se reúnem a cada quatro anos para avaliar a política de saúde e propor soluções e diretrizes que orientem ou façam parte dos Planos de Saúde.

A participação social nesses espaços vai além da quantidade de pessoas que estão presentes nos dias de debates. Ela significa que o conteúdo do que foi debatido será levado em consideração no processo de formulação de políticas públicas.

Pois, se não for assim, as conferências passam a ser somente eventos definidos em lei.

Os resultados da pesquisa mostraram que apesar do aumento do número de participantes a cada conferência, deve-se pensar em como fazer para que o que foi discutido durante todas as etapas, seja incluído ou pelo menos considerado pelos gestores governamentais na elaboração das políticas de saúde.

Verificou-se que quanto mais locais são as etapas, mais importância deve-se dar a organização e a forma com que os temas são discutidos, pois além de ser nos Municípios que ocorre a implementação das políticas, também é nos Municípios que está a centralidade da conferência, ou seja, o alcance dos objetivos das etapas estaduais e da nacional depende da efetividade da etapa municipal.

A maior parte dos relatores acredita que não tem nenhuma influência na elaboração das propostas que fazem parte dos relatórios finais e, de forma geral, acreditam que as deliberações das etapas da conferência serão consideradas e incluídas nos Planos de Saúde, exceto na etapa municipal, onde há discordância de que o Plano Municipal de Saúde considerará as propostas locais.

A pesquisa teve como limitações a análise da percepção apenas de um grupo específico da conferência, não podendo assim, generalizar os resultados encontrados. Além disso, a principal análise foi da etapa nacional. Em relação às etapas municipais e estaduais foi considerada apenas a percepção dos relatores.

Sugere-se para pesquisas futuras, que sejam analisadas as implementações de políticas de saúde, para verificar se na elaboração delas foram consideradas ou incluídas propostas das conferências. É importante também, que a participação social seja investigada sob a ótica da efetividade e não apenas da quantidade de pessoas.

SOCIAL PARTICIPATION AT THE 15th NATIONAL HEALTH CONFERENCE

Reporters Perception

Rebeca Teles da Costa
Dr. Edgar Reyes Junior (Orientador)

ABSTRACT

The Brazilian democracy is constantly showing institutional innovations which allow the society's participation in public political decisions. At this specific field, caught in our eyes are the Conferences of Public Politics. This particular event described, as its primary goal, the social participation at the 15th National Health Conference (15th NHC), throughout the perception of members from the report team. One hundred reporters who participated at the 15th National Health Conference answered a series of questions and all the data was analyzed with the help of an important software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). It was possible verifying that the more local the steps are, more importance must be given to the organization and to the way topics are discussed, cause the issues are not just about the cities where the politics are being implanted, but the core of the Conference's set place in the cities. Therefor the success on reaching results of effectiveness in State or in National range starts at a city range level. The study suggests for future researches, the analyses on public health implementations. It is also important evaluate the importance of the popular participation under the effectiveness view not only under the amount of people's perspective.

Key-Words: Social participation. Conferences. Health Politics. National Health Plan.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVRITZER, L. *O papel da participação nas políticas sociais do governo federal*. In: IPEA. Fortalecimento do Estado, das instituições e da democracia. Brasília, 2010, v. 3. No prelo.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas*. Brasília: CONASS, 2009. Disponível em: <http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf>. Acesso em: 22 de junho 2015.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. *Desafios do controle social na atualidade*. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 109, p. 126-150, Mar. 2012.

COMERLATTO, D. et al. *Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais*. Rev. katálysis, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 265-271, Dez. 2007.

FARIA, C. F; SILVA, V. P.; LINS, I. L. *Conferências de políticas públicas: um sistema integrado de participação e deliberação?* Rev. Bras. Ciênc. Polít., Brasília, n. 7, p. 249-284, Abr. 2012.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUIZARDI, F. L. et al. *Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde*. Physis, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, Jun. 2004.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA. *Ampliação da Participação na Gestão Pública: um estudo sobre conferências nacionais realizadas entre 2003 e 2011*. Brasília, 2013.

_____. *Conferências nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividade*. Brasília, 2013.

LOIOLA, A. A. *25 anos de conferências democráticas e participativas: análise dos relatórios das conferências nacionais de saúde*. 2014. 23 f., il. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Gestão em Saúde Coletiva) — Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

MARTINS, C.S et al. *Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde*. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 437-445, Set. 2013.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R.; SAMPAIO, K. J. *Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa*. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, Mar. 2013.

TOFANI, L. F. N.; CARPINTERO, M. C. C. *3ª Conferência Municipal de Saúde de Várzea Paulista: a participação da sociedade no processo de priorização e compromisso político*. Saude soc., São Paulo, v. 21, p. 244-252, Mai. 2012.

WENDHAUSEN, A.; CAPONI, S. *O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1621-1628, Dez. 2002.